·论著·

基于ICCC框架的山东省农村高血压健康管理现状的质性研究

张硕[1,2]，付英杰[1,2]，常乐乐[1,2]，孙晓杰[1,2*]

【摘要】 **背景** 我国农村地区高血压患病形势十分严峻，农村地区高血压健康管理工作尤为重要。**目的** 基于世界卫生组织（WHO）提出的慢性病创新照护（ICCC）框架，总结山东省农村地区高血压健康管理的特点与存在的不足，并提出针对性建议。**方法** 根据社会经济发展水平和山东省高血压患病率的地理分布，选取位于山东省菏泽市A县、济南市B区和威海市C市的3家县级疾控中心、9家乡镇卫生院、36个村卫生室作为样本来源地。采用目的抽样法，于2021年6—7月，选取各级高血压项目管理人员、医务人员及高血压患者共计84例为访谈对象，采用半结构式访谈法对其进行"面对面"访谈，了解山东省农村地区高血压健康管理现状。采用NVivo 12软件及由MILES和HUBERMAN提出的"综合法"，并围绕ICCC框架宏观、中观、微观三个层面的要素对访谈文本进行编码和分析。**结果** 针对山东省农村地区高血压健康管理现状，从宏观、中观、微观三个层面共析出13个一级节点、51个二级节点。在宏观层面，山东省农村地区高血压健康管理总体处于积极的政策环境中，贯彻和落实国家慢性病健康管理相关政策，并对慢性病健康管理进行宣传，但是政策体系框架尚不完善、卫生系统内部的融合程度不佳、高血压健康管理专业人才紧缺、经费支持不到位等问题突出；在中观层面，各医疗卫生机构努力提升医疗服务的连续性，但是在组织和配备家庭医生团队、推广和使用信息系统等方面还有待进一步加强；在微观层面，患者及家庭与家庭医生团队间的配合度，以及两方参与高血压健康管理的积极性还有待提高。**结论** 山东省农村地区高血压健康管理工作整体运行情况良好，但仍须：大力发挥政府的领导和监督作用，制定并整合相关政策，推动部门融合；加大经费支持力度，补齐农村地区卫生人力资源相对匮乏和信息化建设较弱的"短板"，推进高质量的医疗服务；重视患者及家庭、卫生服务团队和社区伙伴三方的互动，促进患者自我管理。

【关键词】 慢性病创新照护框架；农村；高血压；健康管理；质性研究；山东

【中图分类号】 R 544.1 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0677

张硕，付英杰，常乐乐，等.基于ICCC框架的山东省农村高血压健康管理现状的质性研究［J］.中国全科医学，2023.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］

ZHANG S，FU Y J，CHANG L L，et al. Qualitative study of health management for hypertensive patients in Shandong's rural areas using the Innovative Care for Chronic Conditions Framework［J］. Chinese General Practice，2023.［Epub ahead of print］

Qualitative Study of Health Management for Hypertensive Patients in Shandong's Rural Areas Using the Innovative Care for Chronic Conditions Framework *ZHANG Shuo*[1,2]，*FU Yingjie*[1,2]，*CHANG Lele*[1,2]，*SUN Xiaojie*[1,2*]

1.Centre for Health Management and Policy Research，School of Public Health，Cheeloo College of Medicine，Shandong University，Jinan 250012，China

2.NHC Key Lab of Health Economics and Policy Research（Shandong University），Jinan 250012，China

[*]Corresponding author：SUN Xiaojie，Professor/Doctoral supervisor；E-mail：xiaojiesun@sdu.edu.cn

【Abstract】 **Background** As the prevalence of hypertension in China's rural areas is very high，hypertension management in these areas is particularly important. **Objective** To summarize the characteristics and weaknesses of hypertension management in Shandong's rural areas using the Innovative Care for Chronic Conditions Framework（ICCC）proposed by the WHO，and to put forward targeted recommendations. **Methods** According to the socio-economic level and geographical

基金项目：山东省自然科学基金资助项目（ZR2019MG013）——社会资本对农村居家老年高血压患者生命质量的影响路径研究；山东大学青年交叉科学创新群体——文旅康养产业交叉融合创新研究团队（2020QNQT019）

1.250012 山东省济南市，山东大学齐鲁医学院公共卫生学院卫生管理与政策研究中心 2.250012 山东省济南市，国家卫生健康委员会卫生经济与政策研究重点实验室（山东大学）

[*]通信作者：孙晓杰，教授/博士生导师；E-mail：xiaojiesun@sdu.edu.cn

本文数字出版日期：2023-03-16

distribution of hypertension prevalence, three county-level centers for disease control and prevention, 9 town health centers and 36 village clinics were selected from A county of Heze, B district of Jinan and C city of Weihai in Shandong Province, from which 84 cases (including individuals responsible for hypertension management programs, medical workers and hypertensive patients) were selected from June to July 2021 using a purposive sampling method to attend a face-to-face semi-structured interview for understanding the status of hypertension management in Shandong's rural areas. NVivo 12 and Qualitative Data Analysis Model proposed by Miles and Huberman, were used to encode and analyse the interview results using the macro-, meso- and micro-level components of the ICCC. **Results** A total of 13 themes and 51 subthemes were derived from the analysis at three levels. At the macro level, the implementation of hypertension management in Shandong's rural areas was generally in a positive policy environment, such as implementing national policies regarding chronic disease management and publicizing chronic disease management, but the policy framework was not complete, the integration within the departments in the health system was poor, and shortages of professional hypertension managers and sufficient financial support were serious. At the meso level, various medical institutions strived to promote the continuity of medical services, but the organization and deployment of family doctor teams and the promotion and use of information systems still needed to be further strengthened. At the micro level, the cooperation between patients and their families and the family doctor team needed to be improved, and the involvement of patients and their families in hypertension management should be enhanced as well. **Conclusion** The implementation of hypertension management in Shandong's rural areas is good generally, but the following efforts should be made for improvements: vigorously strengthening the leadership and supervision role of the government, formulating and integrating relevant policies, and promoting the integration of relevant departments; increasing financial support, and addressing the relatively shortage of health human resources and improving the weakness of informatization construction in rural areas to promote the delivery of high-quality medical services; attaching importance to the interaction between patients and families, health service team and community partners to promote patients' self-management.

【**Key words**】 Innovative Care for Chronic Conditions Framework; Rural; Hypertension; Health management; Qualitative research; Shandong

高血压是最常见的慢性病之一，是心血管疾病的重要危险因素[1]。我国高血压患病人数已近3亿，患病率为27.5%且呈上升趋势[2-3]，由高血压带来的直接经济负担占卫生总费用的6.61%[4]。随着我国人口老龄化程度不断加深，目前超过半数的老年人患有高血压，80岁以上老年人高血压的患病率更是达到90%[4]。相比于城市地区，农村地区高血压患者的总体收入、家庭经济条件、受教育程度、健康素养及所能利用的医疗资源量均处于较低水平[5]。一项全国性调查结果显示[4]，农村地区高血压患病率（粗率28.8%）高于城市地区（粗率26.9%），而农村地区高血压的知晓率、治疗率和控制率却远低于城市地区，农村地区高血压健康管理工作尤为重要[6]。高血压给个人、家庭和社会带来了沉重的疾病负担，已成为重大公共卫生问题[7]，加强以政府为主导的高血压健康管理工作刻不容缓[8]。了解、分析农村地区高血压健康管理的现状，对提高农村地区高血压健康管理工作的效率和质量具有重要意义。然而，目前少有学者通过质性研究深入探究农村地区高血压健康管理的特点与存在的不足。世界卫生组织（WHO）于2002年提出一个针对慢性病防治与管理的模型，即慢性病创新照护（Innovative Care for Chronic Conditions，ICCC）框架[9]。实践证明，ICCC框架更适用于分析中低收入国家慢性病防治与管理模式，能够为中低收入国家解决慢性病管理工作中存在的卫生服务碎片化、基础设施缺乏及资源利用率低等问题提供参考[10]。因此，本研究基于ICCC框架分析山东省农村地区高血压健康管理现状，总结山东省农村地区高血压健康管理的特点和存在的不足，旨在为完善农村地区高血压健康管理提出针对性建议。

1 对象与方法

1.1 理论基础 ICCC框架分为构建积极的政策环境（宏观层面）、协调的医疗卫生机构和社区（中观层面），以及有准备、知情和积极的三方（微观层面）3个层面。宏观层面包括领导与宣传、加强部门间伙伴关系、整合政策、经费支持、人员配置与发展，以及立法支持6个要素。中观层面包括医疗卫生机构和社区，其中医疗卫生机构要能够推进连续性和协调性服务、通过领导和激励优化服务、组织和配备卫生服务团队、推广和使用信息系统、支持患者自我管理和自我预防，社区要能够采取措施提高居民的认识水平、通过领导和支持改善结果、组织和协调社区资源、提供补充服务。微观层面包括有准备、知情和积极的患者及家庭、卫生服务团队和社区伙伴。宏观、中观、微观三个层面相互配合、相互作用、不可分割，只有将三个层面有机结合起来，才能最大限度地发挥每个部分的作用，取得最佳的慢性病健康管理效果（图1）。

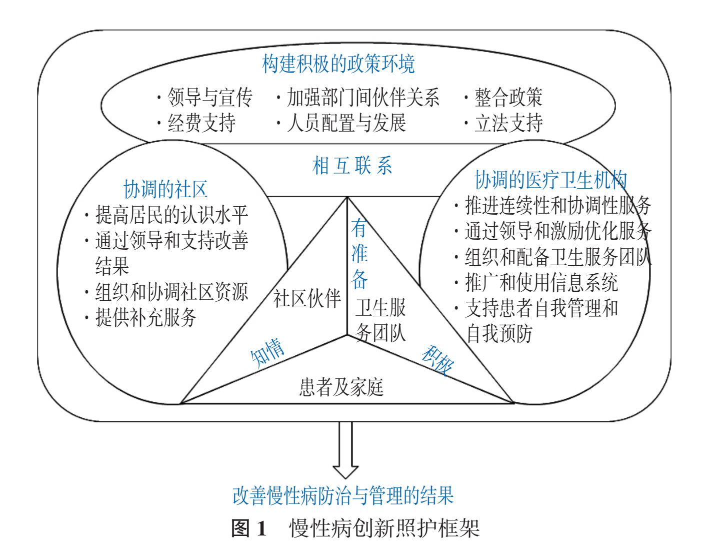


图1 慢性病创新照护框架
Figure 1 Innovative Care for Chronic Conditions Framework

1.2 研究对象 根据社会经济发展水平和山东省高血压患病率的地理分布，选取位于山东省菏泽市A县、济南市B区和威海市C市的3家县级疾控中心、9家乡镇卫生院、36个村卫生室作为样本来源地。于2021年6—7月，采用目的抽样法，选取各级高血压项目管理人员、医务人员及高血压患者为访谈对象。其中，高血压项目管理人员为县级疾控中心和乡镇卫生院的慢性病科科长，医务人员为乡镇卫生院和村卫生室熟悉慢性病健康管理工作的医生。高血压患者纳入标准：（1）常住农村（过去1年在农村的居住时间累计超过6个月）且户籍所在地为农村的村民；（2）经确诊患有高血压；（3）意识清楚，能正确回答问题；（4）知情同意，自愿参加本次研究。样本量取决于信息饱和度，当受访者提供的资料中不再有新的重要信息（资料饱和）时，访谈工作终止，最终对12例高血压项目管理人员、36例医务人员和36例高血压患者（共计84例）进行了半结构化访谈。本研究通过山东大学卫生管理与政策研究中心医学伦理委员会审批（审批号：ECCHMPSDU20210404），所有访谈对象均已签署知情同意书。

1.3 数据收集方法 根据研究目的，查阅相关文献，初步拟定访谈提纲。研究者对6例（每个主体各2例）目标对象进行预访谈，以检验访谈提纲质量。课题组成员根据预访谈结果对访谈提纲进行反复讨论与修订，形成最终的访谈提纲。为高血压项目管理人员设计的访谈提纲的内容主要涉及5方面：（1）促进高血压健康管理的相关措施实施情况；（2）部门间伙伴关系（如：本县/区/市都有哪些单位/部门参与高血压健康管理工作？各部门/单位与县级疾控中心、乡镇卫生院、村卫生室之间是如何进行合作来开展高血压健康管理工作的？）；（3）相关政策与立法情况（如：本县/区/市是否制定了慢性病防治规划或慢性病防治相关方案？其侧重于哪些方面？）；（4）经费情况（如：本县/区/市开展慢性病健康管理工作的专项经费来源于何处？慢性病健康管理经费中，用于高血压健康管理服务项目的经费有多少？）；（5）人员配置与发展情况（如：本县/区/市从事高血压健康管理工作的人力资源情况如何？在提高高血压健康管理人员专业技术能力方面和加强慢性病健康管理团队建设方面都采取了哪些措施？）等。为医务人员设计的访谈提纲的内容主要涉及3方面：（1）医疗服务提供情况（如：本县/区/市的医疗卫生机构所提供的老年高血压及其并发症治疗服务在连续性、可及性及水平方面能否满足当地老年高血压患者不同层次和不同深度的需求？）；（2）卫生服务团队配备情况（如：本县/区/市是否开展了家庭医生签约服务、全科医生队伍建设中的一项或几项工作？）；（3）信息系统使用情况（如：本县/区/市内不同医疗卫生机构之间是否实现了信息共享？）等。为高血压患者设计的访谈提纲的内容主要涉及5方面:（1）健康知识（如:您是否了解高血压防控有关的知识？）；（2）健康行为（如:您平时经常锻炼身体吗？）;（3）家庭支持（如:您的子女在高血压的治疗和控制方面能否给您提供支持和帮助？）；（4）家庭医生服务签约情况（如：您是否参加了家庭医生签约服务？）;（5）服药依从性（如:您平时会遵医嘱按时按量地服用降压药吗？）。在正式开始半结构化“面对面”访谈前，访谈员向访谈对象进行自我介绍，并详细介绍本次访谈的背景、目的，以及将要讨论的主要问题，以获取访谈对象的信任。访谈员由山东大学卫生管理与政策研究中心的6例教师、硕士研究生和博士研究生担任，记录员由另外2例硕士研究生担任，其均拥有丰富的访谈经验，善于与访谈对象沟通，且均接受过系统、全面的质性研究方法的培训。每次访谈的时间为60~90 min。为便于后期整理，在访谈对象知情且征得其同意的情况下，访谈过程全程录音，并记录访谈过程中访谈对象的表情、动作、重点陈述内容等。每次访谈结束后的24 h内，由2名记录员独立对访谈资料进行转录，如遇分歧，则通过讨论解决。转录完成后，将文本资料反馈给访谈对象，邀请其对文本资料进行审查确认，以确保资料分析结果的真实性和可靠性。

1.4 资料分析方法 采用Nvivo 12软件对文本资料进行编码、分析。考虑到文本的复杂性，根据MILES和HUBERMAN[11]提出的“综合法”，预先提出一个假设，综合运用“演绎法”与“归纳法”，在系统内进行编码和分析。编码过程为：首先，根据访谈主体，对访谈文档进行拆分和归类；其次，根据访谈内容和ICCC框架宏观、中观、微观三个层面的要素，归纳出13个一级

节点；最后，将一级节点作为参考点，通过反复阅读文本、逐句分析，并采用"归纳法"对语义相同或相近的语句，即参考点进行归纳，形成二级节点。考虑到质性研究受研究者和访谈对象的主观影响较大，为了保证分析结果的准确性，由课题组两名研究人员分别借助 Nvivo 12 软件对文本资料进行编码，并对编码结果进行一致性分析，如有分歧，则通过编码小组讨论解决。最终，共归纳得到 13 个一级节点，51 个二级节点。总编码次数为 1 304 次，即参考点总数为 1 304 个。

2 结果

2.1 宏观层面：山东省农村地区高血压健康管理的政策环境

2.1.1 领导与宣传 开展宣传和健康宣教等活动，能够有效提高公众的慢性病防控意识。由访谈得知，各地区均在政府的领导下采取多项措施对高血压健康知识进行宣传。22.2%（8/36）的村庄会定期开展高血压健康讲座、播放宣传视频，25.0%（9/36）的村庄制作了与高血压防治相关的宣传册、宣传栏等。此外，B 地一高血压项目管理人员还特别提到"我们还会定期开展减盐防控高血压宣传日活动"，但 58.3%（7/12）的高血压项目管理人员表示，由于农村地区部分老年高血压患者受教育程度较低或听力下降等原因，以上措施的实施效果并不理想，且各项宣传工作还存在力度不足、流于形式等问题。

2.1.2 加强部门间伙伴关系 政府部门间强有力的伙伴关系有助于提升慢性病健康管理的效果。在加强部门间伙伴关系方面，27.8%（10/36）的村庄的卫生系统与住建局、学校、市场监管局等部门（机构）之间的联系较为紧密，如 B 地疾控中心与住建局共同规划了"健康步道一条街"，A 地疾控中心与学校共同开展"小手拉大手"活动，C 地疾控中心与市场监管局共同举办"减盐防控高血压进餐厅"等活动。然而，75.0%（9/12）的高血压项目管理人员表示，目前卫生系统内部的联系较少，尤其在医防融合方面缺乏顶层设计，如 C 地一高血压项目管理人员表示"没有部门对如何融合进行指导，'医'还是医疗机构在做，'防'还是疾控在做"。

2.1.3 整合政策与立法支持 ICCC 框架指出，政策能够在一定程度上保护慢性病患者的权利，对慢性病的相关政策进行整合，则有助于减少卫生系统中的政策重叠。在政策方面，各地区均以《中国高血压健康管理规范》为指导开展高血压健康管理工作，其中 B、C 两地还制定了《慢性病防治规划》等地方性政策，但 58.3%（7/12）的高血压项目管理人员表示，就目前而言，针对农村地区高血压健康管理出台的相关政策和法律较少，且现有政策尚未得到整合，如 C 地一高血压项目管理人员提到"公卫基本经费的'总盘子'就这么大，其中有部分钱是必须给村医的，但有些村医年龄很大了，眼也花了，该干的活他干不了，怎么给他钱？这就相当于两个政策'打架'，一边强调这部分钱必须给村医，一边又没办法考核村医的工作"。

2.1.4 经费支持 ICCC 框架提到，应将筹资作为推进战略实施的一项重要手段。在经费支持方面，高血压等慢性病健康管理工作经费仅来源于基本公共卫生经费，来源较单一，且 41.7%（5/12）的高血压项目管理人员表示，经费方面存在数量不足、延迟到位、没有专款专用等问题，如 A 地一高血压项目管理人员提到"慢性病健康管理工作经费来自基本公共卫生经费，几乎没有其他来源，也没有高血压健康管理工作专项经费"，C 地一高血压项目管理人员表示"经费还是比较少的，而且有的时候不能按时到账"。值得一提的是，B、C 两地高血压项目管理人员均表示，虽然新型冠状病毒感染（简称新冠感染）疫情对高血压健康管理工作产生了一定程度的影响，但是在经费支持方面，国家并未因新冠感染疫情而减少基本公共卫生经费的发放，各地区也没有缩减高血压健康管理工作经费的比例。

2.1.5 人员配置与发展 对慢性病健康管理人员进行教育，可以有效推动基层卫生健康工作高质量发展。由访谈得知，50.0%（6/12）的高血压项目管理人员表示，尽管会定期对高血压健康管理人员进行指导和培训，但培训效果和考核结果较差。在人力资源配置方面，58.3%（7/12）的高血压项目管理人员表示，高血压健康管理人员存在学历低、年龄大且业务能力弱等问题，高水平专业技术人才紧缺。就新冠感染疫情期间的人员配置而言，B 地一高血压项目管理人员提到"人手本来就不够用，疫情来了之后，又得抽出一部分人去干一些疫情防控方面的活"，同时 C 地一高血压项目管理人员也提到"现在有了疫情防控这一块，慢性病健康管理岗位更'缺人'了"。基于 ICCC 框架宏观层面的一、二级节点见表 1。

2.2 中观层面：协调的医疗卫生机构和社区

2.2.1 推进连续性和协调性服务 基层医疗卫生机构需要考虑慢性病患者的全病程，为其提供连续性和协调性的服务。各医疗卫生机构除了提供最基本的诊疗服务外，平均每季度会对高血压患者开展两次随访，且落实情况较好。在转诊方面，大部分医疗卫生机构会提供转诊服务，但是 22.2%（8/36）的医务人员表示存在转诊难等问题，如 A 地一医务人员提到"转诊还是挺难的，因为存在病源竞争，下面的医疗机构收了患者之后，并不想将其向上转诊，上面的医疗机构收了患者之后，也不想将其向下转诊"。

借助医联体开展高血压健康管理工作，有助于基层医务人员有效地提供协调一致的医疗服务。由访谈可知：仅

表 1 基于 ICCC 框架宏观层面的一、二级节点

Table 1 Themes and subthemes derived from the analysis of the interview results using the components at the macro level of the ICCC

节点
领导与宣传
开展高血压健康讲座，播放宣传视频
制作高血压防治相关的宣传册、宣传栏
定期开展减盐防控高血压宣传日活动（B 地）
宣传措施的实施效果不理想
宣传工作力度不足、流于形式
加强部门间伙伴关系
与住建局共同规划“健康步道一条街”（B 地）
与学校共同开展“小手拉大手”活动（A 地）
与市场监管局共同举办“减盐防控高血压进餐厅”活动（C 地）
卫生系统内部的联系较少
在医防融合方面缺乏顶层设计
整合政策与立法支持
以《中国高血压健康管理规范》为指导开展高血压健康管理工作
制定《慢性病防治规划》等地方性政策（B、C 两地）
针对农村地区高血压健康管理出台的相关政策和法律较少
针对农村地区高血压健康管理出台的相关政策尚未得到有机整合
经费支持
高血压健康管理工作经费来源于基本公共卫生经费
高血压健康管理工作经费来源较单一
高血压健康管理工作经费较少，没有高血压健康管理工作专项经费
经费到位延迟，没有专款专用
人员配置与发展
定期对高血压健康管理人员进行指导和培训
培训效果和考核结果较差
高血压健康管理人员存在学历低、年龄大且业务能力弱等问题
高水平专业技术人才紧缺

有 11.1%（4/36）的村卫生室在借助医联体开展高血压健康管理工作，如 B 地一医务人员提到“医联体的工作也在推进，并不是虚谈，上级医疗机构确实能对下面的医疗机构起到一定的帮扶作用”；大部分区域虽搭建了医联体架构，但医联体工作尚未实质性启动，如 C 地一医务人员表示“在我们这个地方，医联体只是一个名号，没有做实事，国家的政策是好政策，但对于我们来说意义不大”，同时 A 地一医务人员也表示“医联体工作没能得到很好的开展，一些技术需要在上级专业技术人员的指导下开展，但没人来”。

2.2.2 通过领导和激励优化服务 在农村地区，县级医疗卫生机构主要起指导和监督作用，如 C 地疾控中心每季度都会通过抽查随访报告（10 份），以及询问患者等措施复核随访率。66.7%（24/36）的医务人员表示，目前医务人员的积极性较低，且医疗卫生机构缺乏相应的激励机制，上级部门的指导和监督力度也有待加强，如 C 地一医务人员提到“目前没有什么激励措施，更没有激励机制，大家都快不想干了”。

2.2.3 组织和配备卫生服务团队 ICCC 框架认为，卫生服务团队（本研究中卫生服务团队主要指家庭医生团队）管理慢性病需要相应的物资、医疗设备，并具备相应的专业知识及技能。调研地区的家庭医生团队多由临床医生、护士及公共卫生人员组成，成员多不包括全科医生。按照村庄人口规模确定片区数量，每个家庭医生团队分管一个片区。就家庭医生团队而言，A 地一医务人员表示“家庭医生团队并不是虚设的，他们可以过问公共卫生项目，也会下基层开展健康讲座”。然而，75.0%（27/36）的医务人员表示，建立家庭医生团队多为响应政策要求和应对上级主管部门的检查，因团队中专科人员和高水平人员较少、团队成员间的协作性差、缺乏经济激励等因素，家庭医生团队运行效率和家庭医生签约率均较低，目前本地的家庭医生签约服务模式与国外、国内先进地区的家庭医生签约服务模式相比，仍有较大的差距。

2.2.4 推广和使用信息系统 医疗信息系统对高血压健康管理工作起到一定的支持作用，是医生对患者进行随访和管理的辅助工具。在信息系统的使用方面，仅有 27.8%（10/36）的村卫生室正在借助信息系统开展诊疗等工作，如 B 地一医务人员表示“信息系统帮我们减轻了一点压力，登录信息系统后能看到患者的健康档案，而且我们也在开展远程医疗服务”。然而，仍有 72.2%（26/36）的村卫生室由于受人、财、物等条件的制约，尚未实现医疗健康信息的互联互通，如 A 地一医务人员表示“信息系统还不够完善，目前还看不到其他医疗机构收治的患者的信息”，C 地一医务人员还提到“村医的年龄都很大了，不会用手机和电脑，根本没办法推广信息系统”。

2.2.5 支持患者自我管理和预防 为引导高血压患者主动预防并发症和进行自我管理，大多数区域会为高血压患者发放“限油壶”“限盐勺”，医务人员也会督促其定期测量血压、服用降压药。然而，52.8%（19/36）的医务人员表示，由于农村老年高血压患者的受教育程度较低、慢性病预防意识淡薄等因素，以上措施实施效果均较差。基于 ICCC 框架中观层面的一、二级节点见表 2。

2.3 微观层面：有准备、知情和积极的三方 在 ICCC 框架中，微观层面取决于患者及家庭、卫生服务团队及社区伙伴三方的共同作用，这种三位一体的伙伴关系在慢性病照护过程中具有重要性和必要性。只有当患者及家庭、卫生服务团队，以及社区伙伴有准备、知情、积极主动并共同努力时，高血压健康管理工作才能取得较好的效果。

2.3.1 有准备、知情和积极的患者及家庭 大多数高血压患者对自己的患病情况知情且正在积极接受治疗，但

表 2　基于 ICCC 框架中观层面的一、二级节点

Table 2　Themes and subthemes derived from the analysis of the interview results using the components at the meso level of the ICCC

节点
推进连续性和协调性服务
每季度对高血压患者进行随访
提供转诊服务
借助医联体开展高血压健康管理工作（B 地）
因存在病源竞争，未能有效实施转诊
虽搭建了医联体架构，但医联体工作尚未实质性启动
通过领导和激励优化服务
县级医疗卫生机构起指导和监督作用
上级部门的指导和监督力度有待加强
医务人员的积极性较低，医疗卫生机构缺乏相应的激励机制
组织和配备卫生服务团队
家庭医生团队下基层开展健康讲座（A 地）
缺少经济激励，团队成员多不包括全科医生
家庭医生签约率低，建立家庭医生团队多为响应政策要求
推广和使用信息系统
登录信息系统后，可以查看居民健康档案（B 地）
正在开展远程医疗服务（B 地）
尚未完全实现医疗健康信息的互联互通
由于受人、财、物等条件限制，用上信息系统较为困难
支持患者自我管理和预防
发放“限油壶”和“限盐勺”
医务人员督促高血压患者定期测量血压
医务人员提醒高血压患者服用降压药
老年高血压患者的受教育程度较低、慢性病预防意识淡薄，导致干预措施效果较差

仅有 5.6%（2/36）的高血压患者提到家中备有血压计。有 47.2%（17/36）的医务人员表示，部分高血压患者年龄较大，较难改变自身的思想、行为，自我管理能力较弱，且普遍存在不遵从医嘱、服药依从性差等现象，如 A 地一医务人员提到“有些老百姓不听我们的话，让他来量血压他不来，让他吃药他也不好好吃药”，B 地一老年高血压患者表示，“头疼了就是在提示血压高了，我就吃药，不难受了我就不吃”，甚至还有高血压患者表示“我从来不量血压，我也不知道自己有高血压”。就患者家庭而言，22.2%（8/36）的高血压患者提到，由于子女长期在外务工或配偶已去世等，家人无法为其提供直接的支持和帮助，受到的家庭关怀较少。

2.3.2　有准备、知情和积极的卫生服务团队　47.2%（17/36）的医务人员提到，由于农村地区卫生人力资源不足，尚无法完全将签约高血压患者的健康管理落到实处，更有高达 55.6%（20/36）的患者提到“不知道什么是家庭医生签约服务”。

2.3.3　有准备、知情和积极的社区伙伴　ICCC 框架中提及的社区伙伴是由社区中的非专业人士自发组成的团体，能够提供补充服务。然而，高达 94.4%（34/36）的医务人员表示，新一代农村青年中，长期在外务工者居多，留守在农村的村民以老年人居多，老年人因身体功能下降、劳动能力减退，较难组成团体，故社区伙伴尚未在农村地区发挥作用。基于 ICCC 框架微观层面的一、二级节点见表 3。

表 3　基于 ICCC 框架微观层面的一、二级节点

Table 3　Themes and subthemes derived from the analysis of the interview results using the components at the micro level of the ICCC

节点
有准备、知情和积极的患者及家庭
患者对患病情况知情
患者积极接受治疗
患者家中备有血压计
老年高血压患者改变自身的思想、行为较为困难
患者自我管理能力较弱、服药依从性较差
家庭对患者的支持较少
有准备、知情和积极的卫生服务团队
患者不知晓家庭医生签约服务
由于卫生人力资源不足，尚无法完全将签约高血压患者的健康管理落到实处
有准备、知情和积极的社区伙伴
因青年多在外打工，较难组建社区伙伴团体
社区伙伴尚未在农村地区发挥作用

3　讨论

ICCC 框架指导原则为“以依据为基础的决策、以人群为重点、以预防为重点、以质量为重点、一体化及灵活性和适应性”，这与我国在《中国防治慢性病中长期规划（2017—2025 年）》（国办发〔2017〕12 号）中提出的“统筹协调、共建共享、预防为主、分类指导”的原则基本一致。并且，ICCC 框架包含的宏观、中观和微观三个层面的基本内容，也与“完善政府主导、部门协作、动员社会、全民参与的慢性病综合防治机制”的内涵相契合。此外，王璐等[12]的研究结果也表明，ICCC 框架更适用于分析中低收入国家慢性病防治与管理模式。因此，本研究将 ICCC 框架用于分析山东省农村地区高血压健康管理现状是合适的，且具有重要意义。

3.1　宏观层面　从宏观层面来看，山东省农村地区高血压健康管理虽然总体处于积极的政策环境中，但仍存在诸多不足。由于农村老年人知识水平受限，高血压健康讲座等宣传活动所取得的效果不佳；卫生系统内部联系较为松散，尤其在医防融合方面缺乏顶层设计，这与袁莎莎等[13]的研究结果不一致，可能是抽样地区差异造成的；政策和法律能够在一定程度上保护慢性病患者的权利，而对慢性病健康管理人员进行教育，则可以有效推进基层卫生健康工作高质量发展[14]，然而目前山

东省农村地区高血压健康管理工作仍面临政策体系框架尚不完善、经费来源单一、经费数量少、专业人才紧缺等问题[15]，这也严重阻碍了农村地区慢性病健康管理工作的发展和进步。因此，本研究建议：首先，应强化上级部门的指导和监督作用，鼓励领导者和决策者了解和制定可助力实现有效管理高血压等慢性病的战略与模式；其次，应落实高血压防治知识宣传工作，针对农村地区高血压患者，尤其老年高血压患者的特点，采取特殊的宣传手段，如入户发放宣传册并"一对一"为村民进行深入浅出的讲解、入户发放"限盐勺"和"限油壶"并演示使用方法等；再次，应完善政策顶层设计，加强卫生系统内部联动和与外部的合作伙伴关系，制定相关政策以对"医防如何融合"进行指导，并对现有高血压健康管理相关政策进行整合，进而减少政策重叠；最后，应加大对慢性病健康管理的经费投入，并对从事高血压健康管理工作的人员进行专业培训，引进高质量专业人才，从而提升高血压健康管理工作的效率和质量。

3.2　中观层面　从中观层面来看，医疗卫生机构的医务人员能够通过采取随访等举措，提升医疗服务的连续性和协调性。但是，多数医疗卫生机构仍存在未落实转诊工作、缺乏激励机制等问题，这与徐佳琳等[10]的研究结果一致。医联体模式下，各级医疗卫生机构可融为一体，能够共同为高血压患者提供连续、高效和优质的服务，但大部分村卫生室没有充分借助医联体开展高血压健康管理工作，且尚未实现医疗信息的互联互通[15]，这在一定程度上降低了医疗服务的质量和效率。因此，本研究建议：首先，可借助医联体和信息系统，开展随访、转诊、远程会诊等服务，进而提升医疗服务的连续性和协调性；其次，应制定科学、全面的考核体系和奖惩体系，定期对医务人员进行培训和考核，促使医务人员提供优质的医疗服务；最后，可在借鉴国外、国内先进地区的家庭医生签约服务模式的基础上，通过加大基层全科医生培养培训和使用力度，加强家庭医生签约服务宣传推广工作，进一步提高家庭医生签约服务的知晓率和家庭医生签约率。

3.3　微观层面　从微观层面来看，虽然大多数高血压患者及其家庭对疾病知情，但由于农村地区老年高血压患者文化程度较低、较难改变自身的思想和行为等因素，患者自我管理的效果较差，而且普遍存在不遵医嘱、服药依从性差等问题。其中，患者的社会经济地位较低、缺乏高血压及其管理相关知识等与其用服药依从性差密切相关[16]。同时，农村地区家庭医生团队中的成员学历与专业水平不高、工作压力大，以及家庭医生签约服务社会认可度低等原因[17]，直接导致家庭医生签约率较低。患者的自我管理能力及家庭医生团队和社区伙伴的作用有待进一步加强。因此，本研究建议：首先，可通过家庭医生团队、社区伙伴，并借助互联网工具的力量对患者进行实时监督和管理，督促患者定期测量血压、按医嘱服药，提高患者的服药依从性和自我管理积极性；其次，可对高血压患者进行"一对一"的高血压健康教育，增强高血压患者的自我管理能力，提升患者及家庭成员的知情水平和积极性，从而助力推动高血压健康管理工作的高效运转。

综上所述，山东省农村地区高血压健康管理工作面临诸多挑战，只有将宏观、中观和微观三个层面有机结合，才能最大限度地发挥高血压健康管理工作各要素的作用。本文通过对各级高血压项目管理人员、医务人员及高血压患者进行深入访谈，并借助ICCC框架，对农村地区高血压健康管理现状进行分析，丰富了此领域的研究成果。但本研究也存在一些局限性：首先，本研究的研究对象均来自山东省，样本量相对较小，样本覆盖地区有限，且山东省农村地区高血压健康管理情况可能无法代表全国农村地区高血压健康管理的整体情况。其次，定性研究无法充分揭示现象之间的因果关系，研究结果的外推性可能受到一定限制。下一步，应适当扩大样本量及其覆盖范围，并将定性研究与定量研究相结合，进一步剖析我国农村地区高血压健康管理情况。

作者贡献：张硕、孙晓杰负责文章的构思与设计；张硕负责论文的撰写和修订；张硕、付英杰、常乐乐、孙晓杰负责资料收集；张硕、付英杰负责数据整理和分析；孙晓杰负责文章的质量控制及审校，并对文章整体负责。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 王春波，江世英．我国成年居民高血压防控现状及健康管理策略[J]．解放军预防医学杂志，2020，38（12）：35-36. DOI：10.13704/j.cnki.jyyx.2020.12.012.

[2] 陈伟伟，高润霖，刘力生，等．《中国心血管病报告 2017》概要[J]．中国循环杂志，2018，33（1）：1-8. DOI：10.3969/j.issn.1000-3614.2018.01.001.

[3] 顾景范．《中国居民营养与慢性病状况报告（2015）》解读[J]．营养学报，2016，38（6）：525-529. DOI：10.13325/j.cnki.acta.nutr.sin.2016.06.004.

[4] WANG Z，CHEN Z，ZHANG L，et al. Status of hypertension in China：results from the China hypertension survey，2012—2015[J]. Circulation，2018，137（22）：2344-2356. DOI：10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032380.

[5] 姚溪，裴晓婷，曲哲．1991—2015 年中国成人高血压患病率、知晓率、治疗率、控制率的变化趋势及其影响因素研究[J]．中国全科医学，2022，25（7）：803-814. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.00.004.
YAO X，PEI X T，QU Z. Prevalence，awareness，treatment and control rates of hypertension in Chinese adults：trend and associated factors from 1991 to 2015[J]. Chinese General Practice，2022，25（7）：

803-814. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.00.004.

[6] 中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告2020概要[J]. 中国循环杂志，2021，36（6）：521-545. DOI：10.3969/j.issn.1000-3614.2021.06.001.
The Writing Committee of the Report on Cardiovascular Health and Diseases in China. Report on cardiovascular health and diseases burden in China：an updated summary of 2020[J]. Chinese Circulation Journal，2021，36（6）：521-545. DOI：10.3969/j.issn.1000-3614.2021.06.001.

[7] World Health Organization. Innovation care for chronic conditions：building blocks for actions[EB/OL].（2002-10-31）[2022-05-07]. https://www.who.int/publications/i/item/innovative-care-for-chronic-conditions-building-blocks-for-actions.

[8] 袁姣，武青松，雷枢，等. 我国中老年人群高血压流行现状及影响因素研究[J]. 中国全科医学，2020，23（34）：4337-4341. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.285.
YUAN J，WU Q S，LEI S，et al. The prevalence of hypertension and its influencing factors in middle-aged and elderly people in China[J]. Chinese General Practice，2020，23（34）：4337-4341. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.285

[9] ROBERTO N，KATIE C，RAFAEL B，et al. Integrated care for chronic conditions：the contribution of the ICCC Framework[J]. Health policy，2012，105（1）：55-64. DOI：10.1016/j.healthpol.2011.10.006.

[10] 徐佳琳，翁开源，陈飘飘，等. 基于ICCC框架的老年人基层慢性病管理探讨[J]. 中国初级卫生保健，2020，34（10）：69-72. DOI：10.3969/j.issn.1001-568X.2020.10.0021.
XU J L，WENG K Y，CHEN P P，et al. Research on chronic disease management at the grass-roots level of the elderly based on ICCC Framework[J]. Chinese Primary Health Care，2020，34(10)：69-72. DOI：10.3969/j.issn.1001-568X.2020.10.0021.

[11] MILES M B，HUBERMAN A M. Qualitative data analysis[M]. Los Angeles：SAGE Publications，Inc.，1994.

[12] 王璐，马文君，张伟丽，等. 基于ICCC框架的医联体模式下高血压健康管理实践分析[J]. 中国初级卫生保健，2021，35（4）：14-18. DOI：10.3969/j.issn.1001-568X.2021.04.0005.
WANG L，MA W J，ZHANG W L，et al. Analysis of hypertension health management practice in national medical alliance for hypertension based on Innovative Care for Chronic Conditions Framework[J]. Chinese Primary Health Care，2021，35（4）：14-18. DOI：10.3969/j.issn.1001-568X.2021.04.0005.

[13] 袁莎莎，王芳，李陈晨，等. 基于ICCC框架的社区卫生服务机构慢性病管理研究[J]. 中国卫生政策研究，2015，8（6）：39-45. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2020.09.007.
YUAN S S，WANG F，LI C C，et al. The chronic disease management in community health service institutions based on Innovative Care for the Chronic Conditions Framework[J]. Chinese Journal of Health Policy，2015，8（6）：39-45. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2020.09.007.

[14] 李立清，丁海峰. 我国城市老年人慢性病防控的多级阶梯结构及逻辑阐释[J]. 医学与社会，2022，35（6）：29-34. DOI：10.13723/j.yxysh.2022.06.006.
LI L Q，DING H F. Multi-level ladder structure and logical explanation for the prevention and control of chronic diseases of the urban elderly in China[J]. Medicine and Society，2022，35（6）：29-34. DOI：10.13723/j.yxysh.2022.06.006.

[15] 高文翠. 基层高血压防治现状与健康管理对策[J]. 全科口腔医学电子杂志，2019，6（11）：18-21. DOI：10.16269/j.cnki.cn11-9337/r.2019.11.011.

[16] 张丽琼，蔡乐. 高血压患者服药依从性及其影响因素研究现状[J]. 中华高血压杂志，2020，28（1）：25-29. DOI：10.16439/j.cnki.1673-7245.2020.01.010.

[17] 邓诗姣，刘心怡，陈文，等. 家庭医生签约服务工作现状与满意度分析[J]. 卫生经济研究，2022，39（2）：78-80，84. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2022.02.006.
DENG S J，LIU X Y，CHEN W，et al. Analysis on current status of family doctor contracting services and its satisfaction degree[J]. Health Economics Research，2022，39（2）：78-80，84. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2022.02.006.

（收稿日期：2022-09-19；修回日期：2023-02-14）
（本文编辑：陈俊杉）